

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital
Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 - 2012**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTORES

Laidy Ling Albornoz Aliaga

Nivania Guadalupe Reátegui Tarazona

Lima – Perú

2013

ÍNDICE

RESUMEN	5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	9
1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	20
CAPITULO II: OBJETIVOS	21
CAPITULO III: VARIABLES	22
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	23
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
4.2 DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	23
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	24
4. 7 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
4.8 LIMITACIONES	25
CAPITULO V. ETICA DE LA INVESTIGACIÓN	25
CAPITULO VI: RESULTADOS	26
CAPITULO VII: DISCUSIÓN	33
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES	36
CAPITULO IX: RECOMENDACIONES	37
CAPITULO X: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
CAPITULO XI: ANEXOS	43

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Nelly Barrantes Cruz y

A nuestra asesora, la Dra. Zaida Zagaceta Guevara,
por su inmesurable ayuda durante esta investigación,
y especialmente a todas las pacientes que inspiraron este
estudio, ya que es por ellas por quienes se llevó a cabo.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios,
a nuestros padres y a las múltiples personas anónimas que
nos apoyaron en la realización del presente trabajo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La cesárea en adolescentes como culminación quirúrgica del embarazo es una intervención que requiere mayor precaución, cuidado y pericia por ser un grupo etario vulnerable. Los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea, así como los determinantes de dicha intervención quirúrgica, deben ser conocidos y descritos.

OBJETIVO: Reconocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose un total de 530 historias clínicas.

RESULTADOS: Durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el 2012 fue 38,8%. El 96,8% de adolescentes pertenecían al período de Adolescencia Tardía, mientras que el 3,2% al de Adolescencia Temprana. Con respecto a factores socioculturales; en lo referido al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 4,0% técnico incompleto, el 2,1% técnico completo, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas. En lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. Con respecto las atenciones prenatales, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Preeclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas.

CONCLUSIONES: La tasa de cesárea disminuyó de 44,6% en el 2010 a 38,8% en el 2012. El 96,8% de adolescentes se encontraban en la etapa tardía de la adolescencia. Con respecto a factores socioculturales, en su mayoría (56,0%) presentaron secundaria incompleta como grado de instrucción y la mayor parte de adolescentes eran solteras (62,5%). Para el 82,1% era su primera gestación. Sólo el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales, así mismo el 11,7% no presentaba ninguna. La principal causa de cesárea fue Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%. La mayor parte de cesáreas (71,9%) fueron de emergencia.

PALABRAS CLAVE: Cesárea en adolescentes, diagnóstico de cesárea, grado de instrucción, estado civil, control prenatal, tasa de cesárea, adolescencia.

SUMMARY

INTRODUCTION: The cesarean adolescents and surgical termination of pregnancy is an intervention that requires greater caution, care and skill to be a vulnerable age group. The characteristic factors of adolescents undergoing cesarean section and the determinants of this surgery must be known and described.

OBJECTIVE: Recognize the characteristic factors of adolescents undergoing cesarean section.

MATERIAL AND METHODS: A quantitative and descriptive study is presented. 2012 - cesarean medical records of adolescents who met the inclusion and exclusion criteria during the period 2010 were included. Finding a total of 530 medical records.

RESULTS: In 2010 , the cesarean rate in adolescents accounted for 44.6 % , in 2011 was 42.5 % , while in 2012 was 38.8 % . 96.8% of adolescents were in the period of Late Adolescence, while 3.2% of Early Adolescence. With regard to socio-cultural factors , with regard to level of education , 56.0 % had incomplete secondary , complete secondary 30.8% , 5.1 % university incomplete , 4.0% Technical incomplete , 2 , 1% of full technical , 1.7% primary and incomplete primary 0.4 % complete. Regarding marital status, 62.5 % were single, 35.3 % and 2.3% cohabiting married. In regard to the number of pregnancies, 82.1 % were primiparous , 16.6% it was their second pregnancy and 1.3% were multigravidas . With respect to prenatal care, 11.7 % no prenatal care , 52.8 % had less than six prenatal visits , while 35.5 % had six or more prenatal visits . Also, the main indications for cesarean were Acute Fetal Distress with 9.6 % , with 7.3% Funicular dystocia, 7.0% Mild Preeclampsia and other indications not specified with 8.7%. Finally, regarding the type of cesarean, 71.9 % were emergency while 28.1% were elective.

CONCLUSIONS: The rate of cesarean section decreased from 44.6 % in 2010 to 38.8% in 2012. 96.8% of adolescents were in late adolescence. With regard to socio-cultural factors, most (56.0 %) had incomplete secondary education level and as most teenagers were single (62.5 %). For 82.1 % it was her first pregnancy. Only 35.5 % had six or more

prenatal visits, also 11.7% had none. The main cause of caesarean section was fetal distress with 9.6 %. Most cesarean sections (71.9 %) were emergency.

KEYWORDS: Caesarea in adolescents, cesarean indication, level of education, marital status, prenatal care, cesarean rate, adolescence .

I. INTRODUCCIÓN

La operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos excepcionales, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado, tanto que lo que inicialmente surgió como una solución, ahora se vislumbra como un problema.

La cesárea, definida como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) ⁽⁵⁾, ha representado a inicios de la década de 1970 a lo mucho el 5% de los partos en los países desarrollados; sin embargo, para mediados de la década de 1990 ésta ya incluso había superado el 50% en algunos países ⁽¹⁾. La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: el incremento del embarazo adolescente, la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas ⁽²⁾, los cambios demográficos ⁽³⁾ y socioculturales ⁽⁴⁾, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento ⁽⁵⁾, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras ⁽⁶⁾, la relativa mejora de los sistemas de salud ⁽⁷⁾, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes ^(8,9).

La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardiñas dice que es la era de la moda de la cesárea. ⁽¹¹⁾ La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. ^(5, 12) En el mundo desarrollado desde la década del 70, las tasas de parto por cesárea se han elevado en forma sostenida, evidenciándose que en algunas poblaciones los partos por cesárea representan la cuarta parte o más de todos los nacimientos. ⁽¹³⁾ Los índices más altos de cesárea están en América Latina, con un rango entre 16 % y 40 %, según Belizán y col. ¹⁴; la revisión de Farr y col. ⁽¹⁵⁾ reportan, que en Puerto Rico la frecuencia es de 45 %. En nuestro país, la frecuencia de cesáreas es variable, dependiendo de si se trata de un hospital del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social, de un hospital universitario o de la práctica privada.

En una revisión sobre la frecuencia de cesáreas en varios hospitales se observa que en la década de los 60 la frecuencia en el Hospital San Bartolomé fue 3,8%. En la de los 70, fluctuó entre 7,8% y 11,3% en los hospitales de Lima Metropolitana San Bartolomé y Cayetano Heredia. En la década de los 80 se observa la frecuencia más baja de cesáreas en los años 1985 y 1988, en el Hospital de Ferreñafe de la seguridad social o EsSalud (5,9%), y la más alta entre 1985 y 1989, en el Hospital de La Oroya (28,8%). En Lima, la frecuencia más baja se registró en 1981 en el Hospital Guillermo Almenara de EsSalud (8,5%) y la más alta en 1989 en el Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud (20,2%). En los años 90, el Hospital María Auxiliadora registró 14,7% de cesáreas en 1991; la Maternidad de Lima, 17% en 1992 y el Guillermo Almenara, 30% en 1992. En el Hospital Edgardo Rebagliati, la incidencia fue 35% en 1994 y en 1995, se estimó en 47% en el Hospital Almenara. Es decir, se puede observar un aumento similar de la frecuencia de cesáreas en nuestro país como en los otros países revisados. ^(17, 18, 19, 20)

En la actualidad, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, el porcentaje de nacimientos por cesárea es de un 20,4% a nivel nacional, mientras que en la ENDES 2000 era sólo un 12,7% tomando además como referencia que la atención del parto en establecimientos de salud ha incrementado de un 57,9% en el año 2000 a un 84,4% en el 2010. ⁽²¹⁾

Con respecto a las indicaciones de cesárea, estas se clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: Situación transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción fetopélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Entre las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica. ⁽²²⁾

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay ninguna duda de que se está procediendo acorde con los lineamientos éticos. Pero cuando las indicaciones son relativas, puede haber controversias desde el punto de vista ético, pues en muchos de estos casos, a la paciente se le podría atender el parto por vía vaginal. Consideramos, que en los casos de

indicación opcional, definitivamente la conducta es antiética y es a expensas de este tipo de indicación que podríamos descender los índices.

Debido a que las indicaciones relativas y absolutas pueden ser controversiales, a continuación se analizan algunas de ellas: En caso de desprendimiento prematuro de placenta, si los signos vitales maternos están estables, no hay signos de coagulopatía, el sangrado vaginal es moderado y si no hay compromiso fetal o el feto está muerto, se prefiere el parto vaginal. En caso de cirugía vaginal reconstructiva previa, la cesárea es una indicación debido a una posible distocia de partes blandas, por la estrechez vaginal producto de la operación y por la posibilidad de que reaparezca la patología por la cual se realizó la operación en primer lugar, en especial cuando fue una reparación de una fístula vesicovaginal. Los fetos podálicos que nacen por vía vaginal tienen un incremento significativo de la mortalidad perinatal y de la morbilidad traumática con daño cerebral permanente en comparación con los nacidos por cesárea. En caso de dos cesáreas anteriores la indicación es controversial porque, a pesar de existir estudios que indican que con un adecuado control obstétrico se puede llevar a cabo un parto vaginal sin aumentar la morbimortalidad materno-fetal, se necesita de mayor experiencia para ser incluida en la práctica obstétrica diaria.^(22, 23) Finalmente se cataloga que, en cuanto a la frecuencia, el antecedente de cesárea previa, las distocias, el sufrimiento fetal y la presentación pelviana han constituido las principales indicaciones de dicha intervención quirúrgica en Estados Unidos y otros países industrializados⁽⁵⁾.

Sin embargo; la práctica de cesárea en adolescentes, además de los factores que la caracterizan, se torna más preocupante debido a que es considerado un grupo vulnerable. Se considera población adolescente a la que se encuentra entre los 10 a los 19 años de edad. En términos simples y convencionales se trata de un período de desarrollo de los individuos entre la niñez y la edad adulta. Se refiere al momento de la vida durante el cual una persona joven debe establecer un sentido personal de identidad individual, a pesar de las alteraciones de su cuerpo y de su imagen, y de las presiones sociales porque adquiera su madurez⁽⁴¹⁾. Existen dos etapas comprendidas en la adolescencia; la primera es la adolescencia temprana, comprendida entre los 10 y los 14 años, y en la cual por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Los

cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. ⁽⁴³⁾

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se ve reflejado en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. ⁽⁴²⁾

La segunda etapa es la adolescencia tardía que comprende desde los 15 años hasta los 19 años. En este período ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. ⁽⁴⁴⁾

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es

una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁽⁴⁴⁾

Se conoce que la incidencia de cesárea en adolescentes se ha ido incrementando al igual que la incidencia general de cesáreas conforme pasan los años. Esta problemática afecta a todos los países del mundo en general, aunque en mayor medida a aquellos que conforman Latinoamérica⁽¹⁰⁾. En el Perú al igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados – como Bolivia, Haití y Guatemala – inicialmente la incidencia general de cesáreas se había mantenido por debajo de 10%. No obstante, este panorama parece haber cambiado sustancialmente sobre todo en los últimos años⁽¹¹⁾. Así pues, a nivel de Latinoamérica, Ignacio Lee Santos en el año 2008 en México realizó un trabajo observacional titulado “*Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel*”, en el cual determinó que las causas más frecuentes fueron cesárea previa (35,3%) y desproporción cefalopélvica (20,5%). Por otro lado, para conocer la tendencia se analizó la proporción de cesáreas en los últimos diez años (1998 al 2008). Los resultados obtenidos fueron que en el quinquenio de 1998 a 2003 el promedio de cesáreas fue de 30.7 % versus 34.8 % en el quinquenio de 2003 al 2008, esto nos indica un crecimiento significativo de la intervención quirúrgica en dicha década.⁽²⁹⁾ Apoyando esta afirmación, se encuentra el trabajo de investigación “*Partos vaginales y cesárea en adolescentes: Comportamiento entre 1998 y 2010, Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”*”, realizado por Álvaro Monterrosa Castro y Merizalde Arias Martínez, el cual tuvo como fin describir la frecuencia de parto en adolescentes durante un período de 13 años (1998 – 2010). Los resultados reflejaron que se ha incrementado la maternidad en adolescentes de 22,7% en el año 1998 a 29,8% en el año 2010. Cabe resaltar que la incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando de 0,5% en 1998 a 1,3% en el 2010. La incidencia de cesárea también se ha incrementado tanto en adultas como en adolescentes, pero la magnitud del incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años, al pasar de 11,5% en el año 1998 al 57,9% en el año 2010.⁽³³⁾ A nivel de Lima, la situación es similar, el estudio realizado al respecto por Antonio M. Quispe y titulado “*Cesáreas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo*

2001-2008”, resulta interesante por involucrar a diversos hospitales de la capital. El objetivo de este estudio realizado el 2008 fue analizar la tendencia de la “tasa de cesáreas” (TC) mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud (DISA) V Lima – Ciudad desde el año 2001 al 2008 y determinar los patrones característicos. Para ello se revisaron los reportes mensuales de estos hospitales y se analizó la tendencia de la tasa de cesárea mensual (TCM). Se encontró que durante el período la TCM promedio fue de 36,9%. Entre los años 2001 y 2008 se registró un incremento promedio de 6,9%, alcanzándose un incremento del 7,7% en el año 2007. En la mayoría de los hospitales se registró un aumento significativo de las TCM, se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril y setiembre. Se concluyó que la TCM de los hospitales de la DISA V Lima – Ciudad supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente.⁽³⁴⁾ Corroborando esta problemática a nivel de Lima, Pedro Abad llevó a cabo un estudio del 1 de enero al 31 de diciembre del 2008 titulado “*Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú*” en el Hospital Hipólito Unanue, determinando que el 20,6% del total de partos en adolescentes finalizaron en cesárea.⁽²⁷⁾

Con respecto a las indicaciones de cesárea en adolescentes, diversos autores, entre ellos José Gonzáles, en un estudio realizado el año 2007 en Barcelona titulado “*Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes; Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona. Estado Anzoátegui en el Año 2007*”, que tuvo como objetivo general determinar las indicaciones de cesáreas segmentarias en adolescentes en la Sala de Partos del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, durante el período de enero a diciembre del 2007, encontró que las indicaciones más frecuentes eran la desproporción cefalopélvica con 32,43%, preeclampsia severa con 13,81% y distocia del feto con 13,05% y en cuanto a la complicación más frecuente fue anemia en sus diferentes estadíos clínicos en 43,18% de los casos. Así mismo el 13,42% de adolescentes manifestó antecedente de cesárea.⁽³⁷⁾ Este contexto no es ajeno a nivel de Latinoamérica, ya que MJ Avanza y colaboradores concluyeron en su estudio del año 2008, titulado “*Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario*”, las indicaciones más frecuentes de cesárea en adolescentes son: cesárea previa 31,1%, sufrimiento fetal agudo 20,1%, falta de la progresión de la presentación

16%, presentación pelviana 12%, desproporción cefalopélvica 5,5%, preeclampsia – eclampsia 5,5%, RCIU 4,5%, patologías maternas 2,5%, hemorragia del tercer trimestre 2,0%, otros 0,2%. ⁽³²⁾ Una situación parecida también fue la encontrada por Ignacio Lee Santo, quien indicó como indicaciones más frecuentes de cesárea, la cesárea previa (35,3%) y la desproporción cefalopélvica (20,5%). ⁽³³⁾ En nuestro ámbito local, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (EsSalud) – Lima, los investigadores Claudia Urbina y José Pacheco, concluyeron a través del estudio del año 2009, titulado “*Embarazo en adolescentes*”, que las principales indicaciones de cesárea en adolescentes, el sufrimiento fetal agudo (12,4%); distocia de presentación (11,8%); preeclampsia (10,8%), cesárea anterior (9,1%), incompatibilidad cefalopélvica (8,1%), trabajo de parto disfuncional (5,9%) y otros (41,3%). ⁽³⁰⁾

Así mismo, se ha notado una distinción tanto de las indicaciones como de la incidencia de cesárea dependiendo la etapa de la adolescencia en la que se encuentre la paciente sometida a dicha intervención. Así, por ejemplo, Ramón Salinas Avalos ha señalado que la tasa de cesárea ocurre en un 20% más durante la adolescencia tardía que durante la adolescencia temprana, esto relacionado además al número de embarazos adolescentes que son más frecuentes durante la etapa tardía. ⁽³¹⁾ Otro autor que apoya esta aseveración es Pedro Abad, quien afirma que dentro de nuestro ámbito local, la cesárea es más frecuente entre los 17 y 19 años de edad. Así mismo, señala que las indicaciones principales durante este período son: desproporción cefalopélvica (66,6%), seguido de distocia de la presentación (33,3%); mientras que en la adolescencia tardía las causas principales son desproporción cefalopélvica (16,5%), distocia de la presentación (16,5%) y sufrimiento fetal agudo (14,6%). ⁽²⁷⁾

En lo referente al momento de la intervención, ya sea ésta una cesárea de emergencia o una cesárea programada o también llamada electiva, se tienen diversos panoramas. Autores de otros países como MJ Avanza, afirman que la cesárea programada (antes del parto) se realiza aproximadamente en un 56% de las adolescentes cesareadas. ⁽³²⁾ Mientras que otros autores como Pedro Abad afirman lo contrario con respecto a nuestro ámbito local, señalando que la mayoría de casos de cesárea en adolescentes ingresan como emergencias (85,3%). ⁽²⁷⁾

Existen otros factores que caracterizan a las adolescentes sometidas a cesárea, entre ellos destaca el Control Prenatal. A lo largo de muchos estudios e investigaciones alrededor del mundo se ha considerado al control prenatal como medio fundamental para prevenir y detectar a tiempo posibles complicaciones obstétricas, así mismo como una herramienta para educar a la mujer gestante en los diferentes estadios de su embarazo. La *American Academy of Pediatrics (AAP)* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* describieron la esencia del control prenatal como: “Un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico, que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante todo el período prenatal”. Este programa integral incluye: atención previa a la concepción, diagnóstico oportuno del embarazo, valoración prenatal inicial y consultas prenatales de seguimiento ⁽⁴⁷⁾. Así mismo, la atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ⁽⁴⁸⁾. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" ⁽⁴⁹⁾.

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia ⁽⁵⁰⁾. En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN ⁽⁵¹⁾. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación ⁽⁴⁹⁾. El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de complicaciones durante el embarazo y el parto (entre ellos, la cesárea), como también mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal. Frente a ello, el estudio realizado en Santiago, Chile el año 2008 por Carmen Soto L. y colaboradores, titulado “*Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural*”, aplicó una intervención educativa como control prenatal durante la gestación y se observó los efectos sobre el embarazo y parto, luego de aplicar una política de control prenatal durante la gestación. En cuanto a lo concerniente a la tasa de cesárea se vislumbró un 7,5% en aquellas que contaban con controles prenatales adecuados, a diferencia de un 27,3% de pacientes no controladas que terminaron en cesárea. ⁽⁴⁵⁾

Dentro de los factores socioculturales se encuentran el estado civil y el grado de instrucción como preponderantes. El estado civil es un factor persistente y aparentemente relacionado en mayor o menor grado con las complicaciones obstétricas, dentro de ellas la intervención quirúrgica o cesárea. En el caso de gestantes adolescentes se ha visto en estudios que en su mayoría son jóvenes solteras o que conviven con su pareja, el porcentaje de jóvenes casadas o con unión estable es muy bajo sobre todo en comparación con gestantes no adolescentes. Si se analiza el estado civil como un factor que afecta el ámbito psicológico de la madre y por ende también su salud, podemos estar seguros que podría ser considerado como un agente relacionado a posibles complicaciones obstétricas. Un estudio al respecto fue realizado en Cuba, La Habana en el año 2009 por Rosa María Alonso Uría y colaboradores, titulado “*Embarazo en adolescencia: algunos factores biopsicosociales.*”, hizo una comparación entre dos grupos poblacionales: madres adolescentes y no adolescentes, para identificar algunos factores biopsicosociales presentes en ambos grupos. Los resultados arrojaron que la incidencia de embarazo en la adolescencia fue de 13,2 %, predominó el embarazo en la adolescente tardía para un 52,9 %, el nivel de escolaridad fue bajo en el 86,2 %, y un 82,2 % eran de amas de casas. Cabe destacar que con respecto al estado civil la incidencia de madres solteras fue similar en ambos grupos; sin embargo, predominaron las casadas (43,5 %) en las mayores de 20 años y la unión consensual en las adolescentes. ⁽⁴⁶⁾

Otro de los factores maternos socioculturales inherentes a las adolescentes sometidas a cesárea es el grado de instrucción cuyos indicadores son nivel primaria, secundaria y superior. Tomando como referencia un estudio realizado en Lima durante el año 2012 por Mayron Nakandakari y col. Titulado “*Grado de instrucción de embarazadas adolescentes*”, tuvo como fin identificar el grado de instrucción de las embarazadas adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). La población de estudio estuvo conformada por las embarazadas adolescentes del INMP; extrayéndose una muestra de 90 embarazadas adolescentes. Los resultados obtenidos fueron que de las 90 embarazadas adolescentes, 41 tuvieron una Secundaria Incompleta (45,20%); 12 adolescentes (14 %) terminaron su Secundaria; de las cuales, 7 (7,90%) ejercieron estudios Técnicos y 5 (6,10%) estudios Superiores. ⁽⁵²⁾

Sin embargo; frente a todo lo descrito anteriormente, la evidencia actual con respecto a esta problemática en nuestro país es sumamente escasa, motivo por el cual creemos necesario determinar los factores característicos de las cesáreas realizadas en adolescentes que acudieron al Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 – 2012, para así fomentar el conocimiento de esta situación dentro de nuestro campo obstétrico, orientándolo siempre a la búsqueda de soluciones que puedan mejorar el contexto actual para bienestar de las pacientes y el recién nacido. Del mismo modo, nuestro estudio se justifica por la importancia que tiene el conocer las características de las adolescentes y de las cesáreas practicadas en ellas, lo cual nos permitirá tener un panorama de la situación actual de esta población, y así poder brindar una fuente científica de conocimiento que pueda servir como referencia al resto de instituciones de Lima, responsables del bienestar biopsicosocial de las adolescentes, al momento de prevenir y asumir esta problemática de manera efectiva; así mismo consideramos la importancia de nuestro estudio como iniciativa para investigaciones posteriores incluso más profundas y exhaustivas, con el fin de analizar la problemática entrevista en las cesáreas practicadas en este grupo etáreo.

De igual forma, el embarazo en la adolescente es considerado de alto riesgo, aunado a que la mayoría de ellas son primigestas, lo cual tiende a estar asociado a una mayor incidencia de resolución del embarazo por vía abdominal en comparación con embarazadas no adolescentes; asimismo la resolución del embarazo por cesárea, trae consigo mayores costos para las unidades de salud y los pacientes, además que la recuperación tiene una mayor duración y se asocia a un mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo; no debería entenderse a la adolescencia como un factor indicativo o predisponente para la cesárea, ya que toda paciente requiere una juiciosa y adecuada valoración obstétrica, puesto que son las normas obstétricas y no la edad de la paciente, los que determinan la conducta a seguir en la atención de parto.

Cabe resaltar además que, el embarazo en la adolescencia es un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. El incremento del embarazo adolescente, su contribución al crecimiento acelerado de la población, sus efectos adversos en la salud de la madre y el recién nacido y su contribución a la persistencia de la pobreza son temas de vital importancia ya que no sólo es un problema de salud

pública sino también social que implica a todos. La incidencia del parto por vía abdominal continúa incrementándose en diversos establecimientos de salud a lo largo del país, esto acarrea problemática no solamente desde el punto de vista médico, sino también psico-social y asistencial. El hecho de llevar a cabo este trabajo en un hospital nacional al que acuden diferentes tipos de pacientes, arrojará resultados que darán a conocer lo que viene pasando en la población adolescente sometida a cesárea, para así tener un panorama de la situación actual y tomar medidas preventivas y de solución en coordinación con el resto de profesionales de salud para buscar una mejora en beneficio de la paciente gestante y el recién nacido.

1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

En el presente estudio es necesario conocer los siguientes términos:

Indicación de cesárea: Razón por la cual el parto vaginal no es posible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal.

Tasa de cesárea: La tasa constituye una medida de la frecuencia de un fenómeno. En epidemiología, demografía y estadísticas vitales, la tasa es una expresión de la frecuencia con que ocurre un hecho en una población determinada. Según la oficina de Estadística del HNSR con respecto a la cesárea se considera con tasa baja aquellas menores del 18 %, intermedia con tasa entre 18 % y 27 % y con tasa alta mayor de 27 %, podríamos decir que tasas mayores de 35 % representan un abuso de esta intervención.

Atención Prenatal adecuada: Según la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto. Para considerar una atención prenatal periódica, continua e integral se deben realizar como mínimo seis atenciones prenatales, por lo tanto se pueden clasificar en: Ningún CPN, Menos de seis CPN y Mayor o Igual a seis CPN.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las características de las cesáreas en adolescentes en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 - 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a qué período de la adolescencia pertenecen las adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 - 2012.
- Reconocer los factores socioculturales de las adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 - 2012, tales como: estado civil y grado de instrucción.
- Identificar el número de gestaciones que tuvieron las adolescentes cesareadas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 – 2012 considerando la actual.
- Determinar el número de atenciones prenatales de las adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 – 2012.
- Identificar el diagnóstico por el cual las adolescentes fueron sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 - 2012.
- Determinar el tipo de cesárea según el grado de urgencia realizada a las adolescentes en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 – 2012.
- Determinar la tasa de cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período 2010 – 2012.

III. VARIABLES

3.1 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

- **PERÍODO DE LA ADOLESCENCIA:** Clasificación de la adolescencia considerando la edad cronológica que posee.
- **FACTORES SOCIOCULTURALES:** Dentro de los factores socioculturales consideramos:
 - **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** La Instrucción es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido.
 - **ESTADO CIVIL:** El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **GESTA:** Es considerada como la cantidad de veces que una mujer en edad fértil quedó embarazada. (incluye gestación actual)
- **DIAGNÓSTICO DE CESÁREA:** Razón por la cual el parto vaginal no es posible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal.
- **Nº DE ATENCIÓN PRENATAL:** Control prenatal debe ser periódico, continuo e integral, por lo tanto se pueden clasificar en: Ninguna APN, Menos de seis APN y Mayor o Igual a seis APN.
- **TIPO DE CESÁREA SEGÚN GRADO DE URGENCIA:** Momento en el que se decide realizar la cesárea, ya sea mediante alguna programación o por la presentación de alguna complicación que determine su culminación inmediata por vía quirúrgica (SFA, DPP, etc.)

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio descriptivo y cuantitativo.

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio será retrospectivo y transversal; desarrollándose una revisión de información del Sistema Informático Perinatal referente a las adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa de 2010 – 2012.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

La población estará constituida por 1273 registros del Sistema Informático Perinatal de gestantes adolescentes cuyo parto se realizó en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.

4.3.2 Unidad de análisis

Registros en el Sistema Informático Perinatal de gestantes adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.

4.3.3 Unidad de muestreo

Registro en el Sistema Informático Perinatal de la gestante adolescente a la que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.

4.3.4 Muestra

Está constituida por 530 registros en el Sistema Informático Perinatal de gestantes adolescentes a las que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012, que cumplieron con los criterios de inclusión. Cabe mencionar que la muestra es el número total de registros en el Sistema Informático Perinatal de adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante los años 2010 – 2012

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Gestantes adolescentes a las que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestantes no adolescentes a las que se les practicó una operación cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.
- Gestantes adolescentes (10 a 19 años) a las que no se les practicó una operación cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el período de los años 2010 – 2012.

4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

4.6.1 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1.1 METODOS Y TECNICAS

Método: Recolección de datos directamente de las Historias Clínicas y del Sistema Informático Perinatal del Hospital Santa Rosa.

Técnica: Formato diseñado en base a las variables dadas para el desarrollo de la investigación.

4.6.2 DISEÑO DE INSTRUMENTO

El instrumento será un formato estructurado de recolección de datos, con respuestas de opciones múltiples que faciliten la recolección rápida de datos como diagnóstico de cesárea, etapa de la adolescencia, gesta, número de atenciones prenatales así también el tipo de cesárea según el grado de urgencia.

Con una validez de apariencia a través de la aplicación de la prueba piloto para verificar si el instrumento sería el adecuado para recopilar los datos necesarios y así mismo realizar las correcciones pertinentes para mejorar la recolección de datos.

4.7. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Santa Rosa por lo cual, se solicitó el permiso al director de la institución para que nos proporcione el ingreso y nos facilite la recolección de datos otorgada por el servicio de estadística del establecimiento.

Así mismo realizamos la obtención de datos del Sistema Informático Perinatal que nos fue de mucha ayuda para revisar cada una de las historias clínicas que cumplieron con nuestros criterios de inclusión de nuestro estudio.

Para el análisis se hizo uso del programa Microsoft Office Excel 2013 facilitando la visualización de los datos obtenidos para que permitan su interpretación mediante la creación de las tablas dinámicas, cuadros y gráficos descriptivos.

4.8. LIMITACIONES

Tuvimos ciertas limitaciones durante nuestra investigación tales como ciertas fallas en el registro de diagnósticos, lo cual determinaba un doble diagnóstico para la indicación de cesárea. Además, pudimos observar que en 46 historias clínicas fue considerado como diagnóstico principal OTROS, ocupando un lugar significativo dentro de los diagnósticos, sin embargo, no podemos considerarlo como tal ya que no es una causa específica.

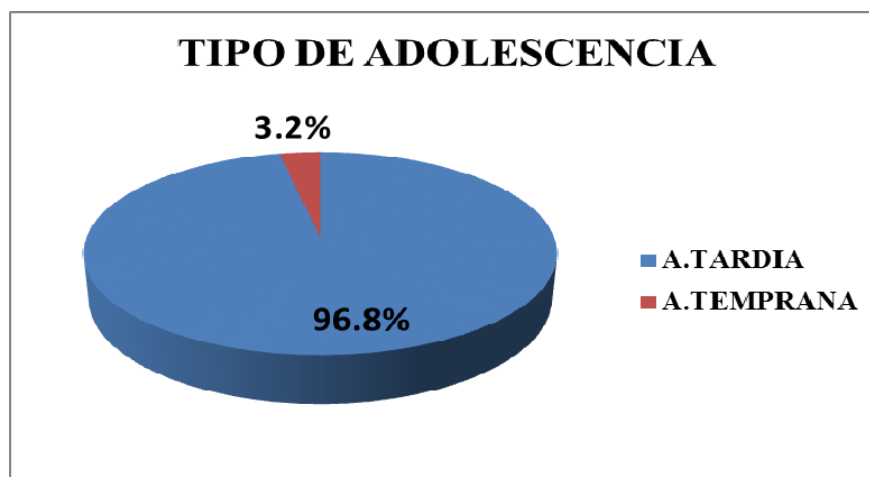
V. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El instrumento de recolección de datos es una ficha de verificación que nos permitió obtener la información directamente de las historias clínicas con previa aprobación del jefe del servicio a cargo, razón por la cual no fue necesario realizar un consentimiento informado a las usuarias propietarias de las mismas.

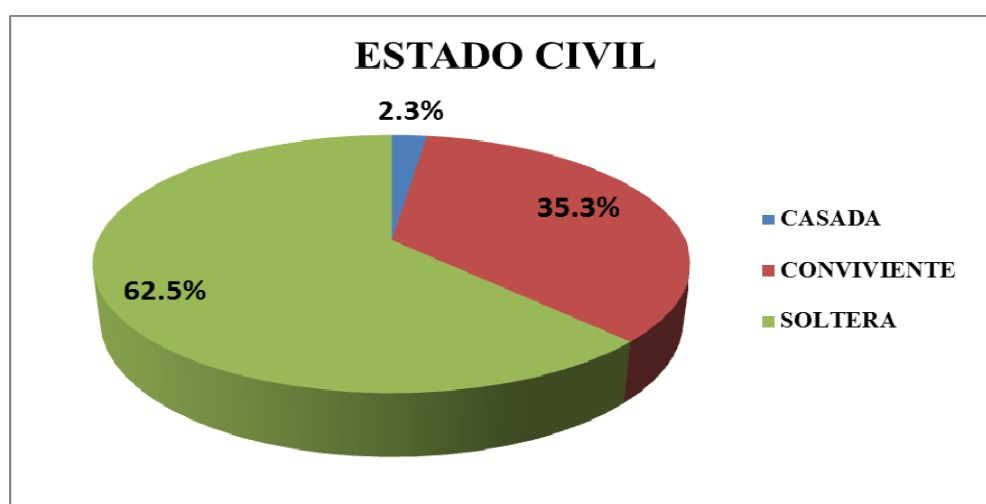
VI. RESULTADOS

GRÁFICO N° 1: CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPO DE ADOLESCENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



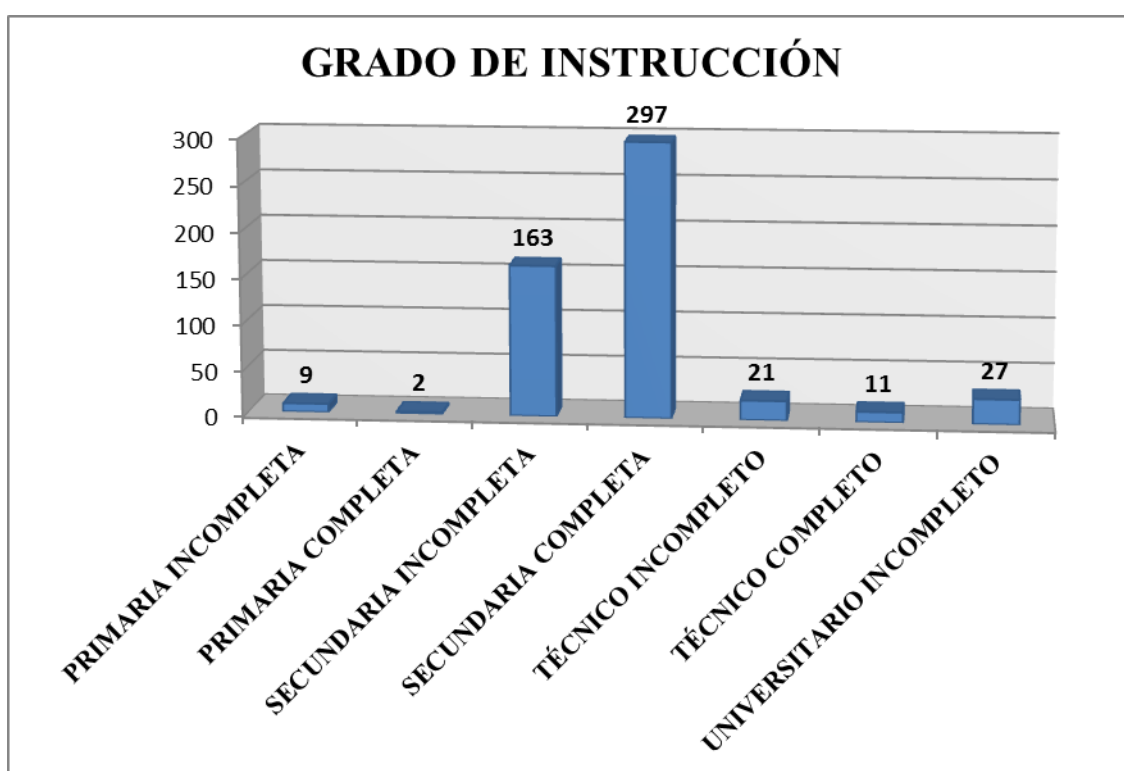
En el presente gráfico observamos que del total de la población un 96,8% se encontraba en la adolescencia tardía (entre 15 y 19 años), mientras que un 3,2% pertenecía a la adolescencia temprana (entre 13 y 14 años)

GRÁFICO N° 2: CLASIFICACIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



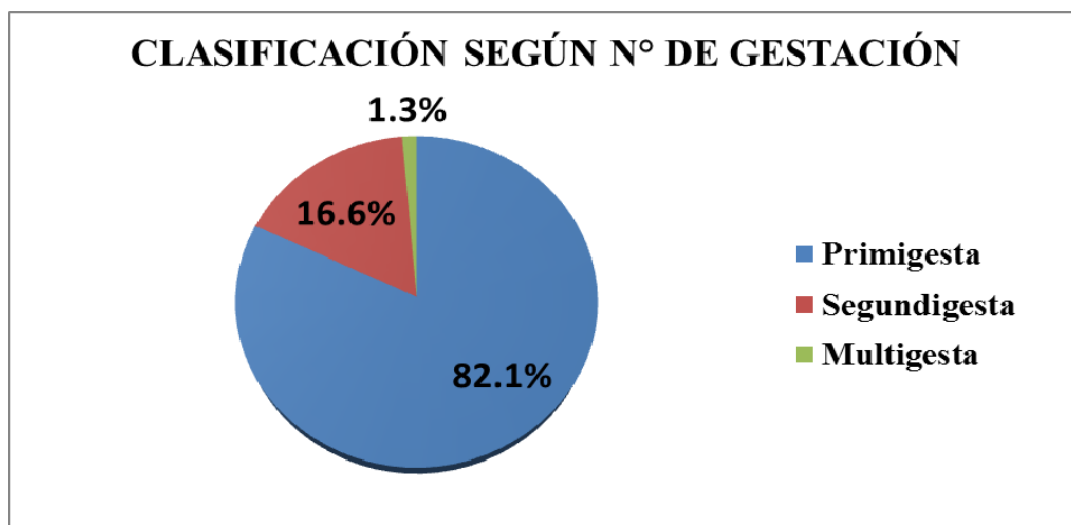
El presente gráfico ilustra que en lo referido al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas.

GRÁFICO N° 3: CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



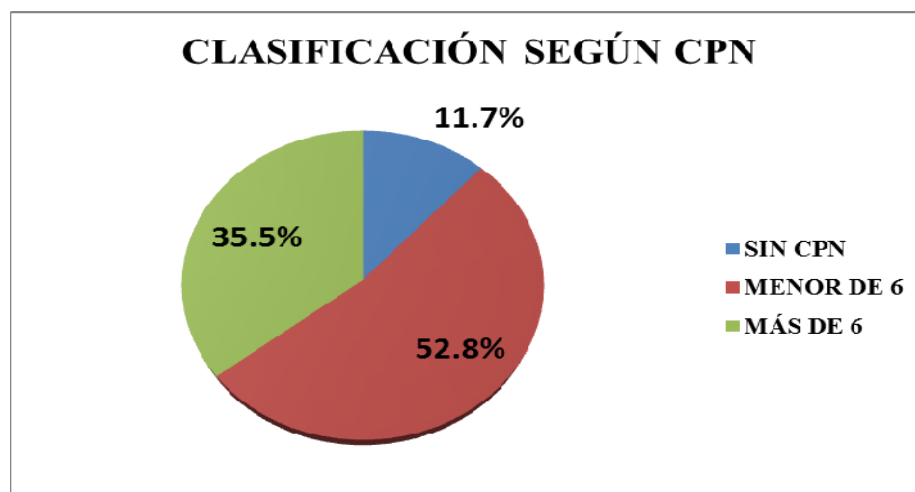
En el presente gráfico observamos con respecto al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria completa, mientras que un 0,4% tuvo primaria completa. Además cabe resaltar que un 5,1% estaba en la universidad.

GRÁFICO N°4: CLASIFICACIÓN SEGÚN N° DE GESTACIÓN EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



El presente gráfico nos indica en cuanto al número de gestaciones que presentaban las adolescentes el 82,1 % eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas.

GRÁFICO N° 5: CLASIFICACIÓN SEGÚN ATENCIÓN PRENATAL EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



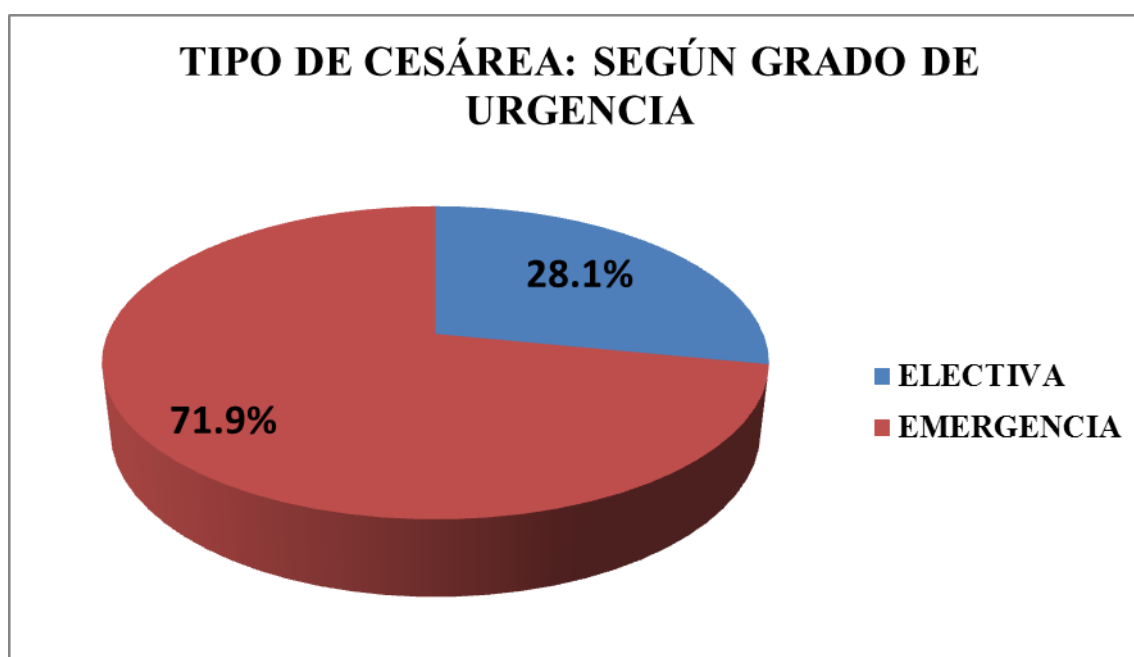
El presente gráfico nos indica que del total de la población, un 11,7% no tuvo atención prenatal, además de que un 52,8% tuvo menos de 6 atenciones y que 35,5% realizaron de 6 a más atenciones prenatales.

TABLA N° 1: DIAGNÓSTICOS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012

DIAGNÓSTICO DE CESAREA	N°	%
SFA	51	9.6%
DISTOCIA FUNICULAR	39	7.3%
PREECLAMPSIA LEVE	37	7.0%
DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA	35	6.6%
CESAREADA ANTERIOR	34	6.4%
RPM	32	6.0%
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA	31	5.8%
PREECLAMPSIA SEVERA	29	5.5%
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	27	5.1%
OLIGOHIDRAMNIOS	27	5.1%
PRESENTACIÓN PODÁLICA	25	4.7%
CONDILOMATOSIS	20	3.8%
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACIÓN	17	3.2%
EMBARAZO PROLONGADO	13	2.5%
FETO TRANSVERSO	9	1.7%
PARTO PRETÉRMINO	8	1.5%
RCIU	8	1.5%
EMBARAZO GEMELAR	7	1.3%
DPP	7	1.3%
ITU	6	1.1%
INDUCCIÓN FALLIDA	5	0.9%
SIDA	4	0.8%
VULVOVAGINITIS	4	0.8%
PLACENTA PREVIA	3	0.6%
POLIHIDRAMNIOS	3	0.6%
PLACENTA PREVIA TOTAL	1	0.2%
CESAREADA ANTERIOR 2 VECES	1	0.2%
OTROS	46	8.7%
TOTAL	530	100%

En el presente gráfico podemos identificar los diagnósticos de cesárea, siendo la de mayor relevancia el Sufrimiento Fetal Agudo con un 9,6%, sin embargo se observa con un 8,7% otros diagnósticos no especificados. Finalmente la menor causa de cesárea fue placenta previa total y cesareada anterior dos veces, con un 0.2% ambos diagnósticos.

GRÁFICO N° 6: TIPO DE CESÁREA SEGÚN GRADO DE URGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012



En el presente gráfico observamos que el tipo de cesárea según el grado de urgencia es clasificado en cesárea de emergencia con un 71,9% y en electiva con un 28,1%.

TABLA N° 2: CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE CESÁREA SEGÚN CESÁREA ELECTIVA O DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010 - 2012

DIAGNOSTICO DE CESAREA	ELECTIVA	EMERGENCIA	TOTAL
SFA		51	51
DISTOCIA FUNICULAR	16	23	39
PREECLAMPSIA LEVE	6	31	37
DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA	15	20	35
CESAREADA ANTERIOR	4	30	34
RPM	14	18	32
INCOMPATIBILIDAD CÉFALO PÉLVICA	16	15	31
PREECLAMPSIA SEVERA		29	29
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO		27	27
OLIGOHDAMNIOS	7	20	27
PRESENTACIÓN PODÁLICA	8	18	26
CONDILOMATOSIS	9	11	20
DESCENSO DETENIDO DE LA PRESENTACIÓN		17	17
EMBARAZO PROLONGADO	4	9	13
FETO TRANSVERSO	8	1	9
PARTO PRETÉRMINO		8	8
RCIU	4	4	8
EMBARAZO GEMELAR	3	4	7
DPP		7	7
ITU	5	1	6
INDUCCIÓN FALLIDA		5	5
SIDA	3	1	4
VULVOVAGINITIS	3	1	4
PLACENTA PREVIA	2	1	3
POLIHIDRAMNIOS	1	2	3
PLACENTA PREVIA TOTAL		1	1
CESAREADA ANTERIOR 2 VECES	1		1
OTROS	20	26	46
TOTAL	149	381	530

El presente gráfico nos indica que el primer diagnóstico de cesárea fue Sufrimiento Fetal Agudo y todas se realizaron por emergencia al igual que algunos otros diagnósticos como Preeclampsia Severa, Trabajo de Parto Prolongado, Descenso Detenido de la Presentación, Parto Pretérmino, DPP. Inducción Fallida y Placenta Previa Total.

TABLA N° 3: TASA DE CESÁREAS EN ADOLESCENTES VS. TOTAL DE PARTOS EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012

AÑO	TOTAL DE PARTOS ADOLESCENTES	TOTAL DE CESAREAS ADOLESCENTES	% DE CESAREAS
2010	482	215	44.61%
2011	418	178	42.58%
2012	353	137	38.81%
TOTAL	1273	530	41.63%

El presente gráfico ilustra que durante el año 2010 la tasa de cesáreas en esta población representó el 44,61% con respecto al total de partos en adolescentes, en el 2011 fue de 42,58%, mientras que en el 2012 fue 38,81%.

TABLA N° 4: TASA DE CESÁREAS EN ADOLESCENTES VS. TOTAL DE PARTOS HNSR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2010-2012

AÑO	TOTAL DE PARTOS HNSR	TOTAL DE PARTOS ADOLESCENTES	TOTAL DE CESAREAS ADOLESC.	% DE CESAREAS ADOLESCEN.
2010	2894	482	215	7.43%
2011	2435	418	178	7.31%
2012	2371	353	137	5.78%
TOTAL	7700	1273	530	6.88%

El presente gráfico nos indica que en el año 2010 las cesáreas en adolescentes conformaron un 7,43% del total de partos atendidos en el HNSR, mientras que en el 2011 fueron un 7,31% y en el 2012 ocuparon un 5,78%.

VII. DISCUSION

En lo referido a la edad, según Ramón Salinas Ávalos la cesárea es más frecuente durante la adolescencia tardía y conforme aumenta la edad, esto fue constatado en nuestro estudio donde el 96,7% de adolescentes tenían más de 14 años y pertenecían a la etapa tardía de la adolescencia. Esto nos señala que con respecto a la vida sexual de las adolescentes, la mayor parte de ellas lo hace después de los 14 años y sólo una minoría lo hace antes de esta edad; cabe resaltar también que sólo se encontraron 17 casos de adolescentes que pertenecían a la etapa temprana de la adolescencia. Así mismo, Claudia Urbina concluyó en su estudio que la edad promedio de las adolescentes cesareadas era de 18,3 años. En nuestro caso, encontramos que la edad promedio de las adolescentes en cuestión fue de 17,5 años.

En cuanto a las características socioculturales de las adolescentes; se encontró que con respecto al estado civil, el 62,4% eran madres solteras y el 37,6% restante eran convivientes o casadas. Esto difiere a lo encontrado por Rosa Alonso Uría, quien describió en su estudio que la mayoría de adolescentes presentaba la unión consensual o convivencia como estado civil preponderante. Esto refleja que en nuestro estudio hay un gran porcentaje de abandono por parte de la pareja, se podría hablar también de relaciones inestables que se iniciaron a una temprana edad y que terminaron con una ruptura sentimental posterior al incidente del embarazo, dando como resultado una falta o ausencia de paternidad responsable. En lo referido al grado de instrucción, sólo el 2,07% había alcanzado el grado de instrucción superior completo (técnico superior) frente a un alarmante 97,93% que contaban con estudios inferiores. Así mismo, mientras Mayron Nakandakari afirma que la mayoría de adolescentes presentaban secundaria incompleta como grado de instrucción preponderante, en nuestro trabajo de investigación más de la mitad presentaba un grado de instrucción de secundaria completa (56,0%). Los resultados obtenidos en nuestro estudio podrían sugerir también el hecho de que un gran número de jóvenes peruanos hoy en día se encuentran desempleados y no tienen las mismas oportunidades laborales que el resto debido a que no presentan estudios superiores o ni siquiera estudios secundarios completos, puesto que abandonan las escuelas o colegios por la necesidad que tienen de salir a trabajar para obtener un sustento para sus propias familias.

Coincidimos con la misma autora, Claudia Urbina, al afirmar que la mayoría de adolescentes eran primigestas (82,1%). Cabe resaltar, sin embargo, que un 16,6% eran segundigestas y un 1,3% fueron multigestas, estas cifras aunque no significativas son también alarmantes por la problemática que implica que una adolescente vuelva a salir embarazada de manera reiterativa, factores como la ausencia y escasez de conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar no estarían siendo abarcados de manera total y eficiente por toda la población adolescente.

En lo que respecta al número de atenciones realizadas, el 52,8% contaba con menos de seis atenciones prenatales y un significativo 11,6% no se había realizado ninguna atención prenatal durante toda su gestación. Esto coincide con lo descrito por Carmen Soto quien sostuvo en su estudio la relevancia de la atención prenatal integral y protocolizada como medida que reduce el número de intervenciones durante el parto. Así mismo, se ve reflejado en nuestro estudio la problemática de la atención prenatal que no se llega a brindar en el número adecuado o idóneo sugerido por el MINSA, de tal manera que dificulta su eficacia e integridad al momento de prevenir, diagnosticar e intervenir frente a factores de riesgo durante el embarazo.

Con respecto a las causas de cesárea, diversos estudios realizados dentro de la bibliografía revisada describen como principales indicaciones: Desproporción Cefalopélvica, Sufrimiento Fetal Agudo y Cesárea Anterior. En nuestro estudio se encuentra cierta coincidencia, teniendo como primera causa el Sufrimiento Fetal Agudo, seguido de Distocia Funicular y Preeclampsia, sugiriendo dichos resultados las principales complicaciones presentes en el embarazo adolescente que conllevan a una culminación por vía quirúrgica, muchos de los cuales podrían también haber sido prevenidos y controlados, evitando así la intervención quirúrgica.

Igualmente, causa mucha consternación y preocupación la existencia de diagnósticos no especificados pero con incidencia significativa, los cuales creemos que son importantes conocer así se presenten en una baja frecuencia. De la misma forma, llama la atención el hecho de la existencia de un gran número de diagnósticos cuya intervención se dio por emergencia, cuando en condiciones idóneas y óptimas debieron haberse detectado oportunamente durante la atención prenatal, esto sugiere posibles deficiencias no sólo en la calidad de la atención integral que brinda el profesional de salud durante la

atención prenatal, sino también refleja la desidia de la gestante, la pareja y la familia a participar consciente y responsablemente durante este proceso. Asimismo, causa desconcierto la existencia de diagnósticos que aparentemente no poseen la suficiente pertinencia para determinar un parto por vía quirúrgica, como es el caso de ITU, Vulvovaginitis, etcétera; sin embargo, consideramos la posibilidad de que pudieron tratarse de casos excepcionales o de gravedad, lo cual implicó que se determinara el parto por vía abdominal para beneficio de la madre y el feto.

En cuanto al tipo de cesárea, según Pedro Abad el 85,3% de las adolescentes son intervenidas como cesáreas de emergencia en comparación a un 14,7% de cesáreas programadas. Coincidimos con dicho autor al encontrar en nuestro estudio un 71,9% de cesáreas de emergencia versus un 28,1% de intervenciones electivas. Esto demuestra pues que la mayor parte de intervenciones quirúrgicas se decidieron de manera imprevista o intempestiva por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obligó a la culminación del embarazo en la brevedad posible, a diferencia de las cesáreas programadas o electivas cuyas causas fueron identificadas durante el control del embarazo.

La tasa de partos en adolescentes en nuestro estudio fue de un 16,5% con respecto al total de partos, así mismo un 41,6% de este grupo fueron cesareadas. En comparación con la bibliografía consultada que sugiere una frecuencia de cesárea en adolescentes comprendida entre 20% y 30%, encontramos una diferencia abismal y preocupante, además de superar el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En cuanto a la evolución de la tasa de cesárea en adolescentes a través de los años, autores como Ignacio Lee Santos, Álvaro Monterrosa y Antonio Quispe concuerdan en la existencia de un crecimiento significativo; sin embargo, en nuestro estudio encontramos un proceso decreciente de 44,6% en el año 2010 a un 38,8% en el año 2012. Esto contrasta con la bibliografía revisada, demostrando además un proceso evolutivo favorable en el caso del Hospital Nacional Santa Rosa, ya que al menos el número de casos de cesárea realizado en adolescentes se viene reduciendo paulatinamente.

VIII. CONCLUSIONES

- El 96,8% pertenecía a la etapa tardía de la adolescencia, mientras que un 3,2% a la adolescencia temprana; siendo la edad mínima encontrada, 13 años.
- El 82,1% era primigesta, sin embargo encontramos que 1,3% contaba con más de dos gestaciones.
- Las características socioculturales; con respecto al estado civil, la mayor parte de las adolescentes cesareadas eran solteras con un 62,5%, y con referente al grado de instrucción, más de la mitad del total de la población contaba con secundaria completa (56%).
- En cuanto a las atenciones prenatales, la mayoría de adolescentes contó con menos de seis controles prenatales (52,8%), un 35,5% realizó más de cinco controles prenatales y un significativo 11,7% no se controló durante el embarazo.
- La principal causa de cesárea en adolescente durante el período 2010 – 2012 fue el Sufrimiento Fetal Agudo con un 9,6%, seguido de Distocia Funicular con un 7,3%. Cabe resaltar, que un grupo de causas no especificadas en las historias clínicas ocupa un porcentaje significativo de 8,7%.
- Se evidenció la existencia de diagnósticos que no tenían pertinencia para la realización de una cesárea, como es el caso de ITU, Vulvovaginitis, RPM, etcétera. Sin embargo; se considera la posibilidad de que se hayan tratado de casos cuya gravedad determinó la cesárea.
- La cesárea de emergencia se presentó en un 71,9%, mientras que la cesárea electiva representó un 28,1%.
- Se observaron diagnósticos de cesárea como Preeclampsia Severa, Presentación Podálica, entre otros, que se llevaron a cabo por emergencia cuando las causas o patologías determinantes de dicha intervención pudieron detectarse durante la Atención Prenatal, y por ende debieron haber sido operaciones programadas o electivas.
- La tasa de cesárea, descendió de 44,6% en el año 2010 a 38, 8% en el año 2012.

IX. RECOMENDACIONES

- Frente a los resultados descritos, consideramos necesario la promoción e implementación de programas de Salud Sexual y Reproductiva en los colegios desde el primer año de educación secundaria debido al inicio temprano de relaciones sexuales que conllevan a los embarazos adolescentes. Así mismo, esto no sería efectivo sin un trabajo conjunto con los padres, lo cual se podría mejorar mediante la comunicación a través de la fomentación de Escuelas para Padres.
- Igualmente, la Consejería y Planificación Familiar debe ser diferenciada y enfocada tanto para la población adulta como para la población adolescente, como se viene llevando en práctica en algunos hospitales de nuestro país.
- Promocionar mayores campañas de inclusión del adolescente de sexo masculino para así evitar el abandono de sus responsabilidades en los casos de embarazo adolescente, ya que la población de gestantes en esta etapa resulta ser la más afectada.
- Enfatizar en una vigilancia constante durante el embarazo de la adolescente no sólo mediante la atención prenatal reenforcada sino también a través de la visita domiciliaria en casos donde se hayan detectado factores de riesgo, para así intervenir y referir de manera oportuna.
- Sugerimos evaluar a profundidad las estadísticas recientes de partos en adolescentes para tomar medidas preventivas en las posibles complicaciones que implican las intervenciones cesáreas, tomando en cuenta el adecuado llenado de historias clínicas y la determinación de un diagnóstico correcto que facilite las próximas investigaciones y así poder descartar indicaciones no específicas.
- Recomendamos la realización de un estudio a profundidad que incluya la revisión de las historias clínicas para determinar y conocer exhaustivamente la situación de los diagnósticos por los cuales fueron sometidas a cesáreas las adolescentes. Igualmente creemos que es necesario impulsar una mejora en cuanto a la calidad del registro en el Sistema Informático Perinatal.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña O. Américo y Peña William. Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 43-48.
2. WHO. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la “Salud para todos en el año 2000”. GINEBRA, OMS, 1996. (OMS, SERIE DE INFORMES TECNICOS, N° 731)
3. Pacheco Romero J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda Edición. Lima, Perú. REP SAC: 2007; 1321.
4. Schwarcz RL, Fescina RH. Obstetricia. Sexta Edición. Bs. As.: El Ateneo; 2005:702-710.
5. Cunningham FG, MacDonal PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC, Operación cesárea e Histerectomía periparto. En Williams: Obstetrics, 22th. Ed. México: Mac Graw-Hill 2011: Cap. 25: 544-576.
6. Haire MF, Boehm FH, Cesarean Birth. En: Rivlin ME, et al. Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology. Little, Brown & Co., Boston, 1986.
7. Kerr M. Cesarean Section. Sterilization. Hysterectomy. En: Moir JC, Myerscough PR. Operative Obstetrics. Eight edition. 1971: 527-594.
8. Ment LR, Oh W, Ehrenkrantz RA, Philip AG, Duncan CC, Makuch RW. Antenatal steroids, delivery mode, and ventricular hemorrhage in preterm infants. Am J Obstet Gynecol. 1995; 172: 795-800.
9. Sppert2010 H. Historical Highlights. En: Danforth DN: Textbook of Obstetrics and Gynecology, 2nd. Edition, 1974:3-24.
10. Yanque R. Reseña Histórica: la operación cesárea en el Perú. Ginecol Obstet Perú. 1991: 37:77.
11. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2009;73:155-159.
12. WHO. Appropriate thechnology for birth. Lancet 2005;2:437-438.

13. Horey D, Weaver J, Russell H. Información para las mujeres embarazadas con relación al nacimiento por cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999; 319(7222): 1397-400
15. Farr SL, Jamieson DJ, Vásquez RH, Ahmed Y, Heilig MCh. Risks factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. *Obstet Gynecol*. 2007;109:1351-1357
16. Li T, Rhoads GG, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Kruse L. Physician cesarean delivery rate and risk -adjusted perinatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003;101:1204-1212.
17. Malaverry H, Pacheco J. La emergencia ginecoobstétrica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. del IPSS. *Ginecol Obstet Perú*. 1996; 42 (1): 28-33.
18. Alcántara R, Alcántara RII, Inguil W, Costa R, Zavaleta F. Operación cesárea: frecuencia, indicaciones y morbilidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. *Ginecol Obstet Perú*. 1995; 149: 862-7.
19. Hickl EJ. Proposals in controlling the overuse of Cesarean delivery. En: Belford P. Pinotti JA, Eskes TKAB: *Advances in Gynecology and Obstetrics*, Vol. 5 The Parthenon Publishing Group, Carnforth, New Jersey, 1989.
20. Távara L. Cesárea en el Perú: Presente y Futuro. *Ginecol Obstet Perú*. 1993;39:50-6.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud familiar: ENDES continua 2010. Lima: INEI; Mayo 2011
22. Aller J, Pages G. *Obstetricia moderna*. Tercera edición. 1999. Editorial McGraw Hill. pp 571.
23. Villoria E, Jiménez E, Di Flaviano M, Ruisánchez E, Feitas F. Parto vaginal después de dos o más cesáreas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993; 53(3):159-6
24. Uzcategui U, Ofelia y Cabrera, Carlos. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Rev Obstet Ginecol Venez*, mar. 2010, vol.70, no.1, p.47-52. ISSN 0048-7732.

25. Huertas T, Erasmo y Pocco H, Diana. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010; 56: 284-288.
26. Loli Figueroa, Alfonso A. *Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes / Clinical study of cesareal sections in adolescents.* Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde, 1997.
27. Pedro Abad. *Cesárea en adolescentes. Hospital Hipólito Unanue. Lima, Perú.* Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2009.
28. Herman Yoffre Sacramento Rojas, Luis Fernando Asa Santamaría. *Comparación de la morbimortalidad del pretérmino nacido por parto abdominal y vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.* UNMSM, Tesis de la Facultad de Medicina Humana, 2003.
29. Ignacio Lee Santos. *Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel.* Revista Médica del IMSS, 2008.
30. Claudia Urbina, José Pacheco. *Embarazo en adolescentes.* Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2006.
31. Ramón Alberto Salinas Avalos, Fernando Martín Zunino Pradier, Veronica A Locatelli, Griselda Itatí Abreo. *Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto.* Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 12 191 – Marzo 2009.
32. Avanza, MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benitez A, Rivero MI. *Frecuencia e indicaciones de cesarea en la población adolescente de un centro hospitalario.* Revista Médica del Nordeste – N° 5 – Marzo 2009.
33. Álvaro Monterrosa Castro, Merizalde Arias Martinez. *Partos vaginales y cesárea en adolescentes: Comportamiento entre 1998 y 2010, Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”.* Cartagena, Colombia. Revista Médica del Nordeste – N° 5 – Marzo 2011.

34. Antonio M. Quispe, Álvaro Santivañez-Pimentel, Imelda Leyton-Valencia, Denis Pomasunco. *Cesáreas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008*. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 2010.
35. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E. *Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2004.
36. Loli Figueroa, Alfonso A. Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes / Clinical study of cesareal sections in adolescents. Diagnóstico (Perú);25(5/6):86-91, 97, mayo-jun. 1990. tab, ilus.
37. González C. José A., Gonzalez G. Rilke Ren. *Indicaciones de Cesarea Segmentaria en Adolescentes; Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Estado Anzoátegui en el Año 2007*. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Médico Cirujano.
38. Perú, Ministerio de Salud. Análisis de Situación de salud DISA V Lima-Ciudad. Lima: DISA V Lima Ciudad - Perú; 2006.
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES continua 2004-2005. Lima: INEI; 2004.
40. Pacheco Carranza R. Reportes del Ministerio Publico. Instituto de Medicina Legal - Ministerio Público - Fiscalía de la Nación. Lima: Ministerio Público; 2008.
41. Sawyer S, Bowes G. Adolescent on the health agenda. *Pediatrica*. 2009; 354:31–3.
42. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ sida, *Seen But Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, págs. 7, 24.
43. Johnson, Sara B., et al., ‘Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy’, *Journal of Adolescent Health*, vol. 45, no. 3, septiembre de 2009, págs. 216–221.

44. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Adolescent Development: Perspectives and frameworks – A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme approaches and general recommendations for adolescent programming', Learning Series No. 1, UNICEF, Nueva York, mayo de 2006, pág. 3.
45. Carmen Soto L., Hilda Teuber L., Clemencia Cabrera F., Miguel Marín N., Jorge Cabrera D., Mahal Da Costa S., Heriberto Araneda C. *Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural*. Revista chilena obstétrica - ginecológica v.71 n.2 Santiago 2008.
46. Rosa María Alonso Uría, Ana Campo González, Alina González Hernández, Beatriz Rodríguez Alonso y Lucrecia Medina Vicente. *Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales*. Revista Cubana Medicina General Integral v.21 n.5-6 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2010.
47. Cunningham FG, MacDonal PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC, *Atención Prenatal. En Williams: Obstetrics*, 22th. Ed. México: Mac Graw-Hill 2011: Cap. 8: 190-192.
48. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006.
49. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; 2011.
50. Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Villar J. *Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials*. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2008; 12: 7-26.
51. McCaw-Binns A, La Grenade J, Ashley D. *Under-users of antenatal care: a comparison of non-attenders and late attenders for antenatal care, with early attenders*. SocSci Med 2007; 40(7): 03-12.
52. Mayron Nakandakari G. Dyanne De la Rosa C. José Jaramillo S. "Grado de instrucción de embarazadas adolescentes." Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 6(3) – 2013.

XI. ANEXOS

11.1 INSTRUMENTO

HISTORIA CLÍNICA

1. Edad: _____

A. Temprana ☐ A. Tardía ☐

2. Fórmula Obstétrica: G__ P__ _ _ _

3. Grado de Instrucción:

Primaria Incompleta ☐

Técnico Incompleto ☐

Primaria Completa ☐

Técnico Completo ☐

Secundaria Incompleta ☐

Univ. Incompleto ☐

Secundaria Completa ☐

4. Atención Prenatal: Sí ☐ No ☐ N° _____

5. Estado Civil:

Soltera ☐ Casada ☐ Conviviente ☐

6. Indicación de cesárea:

Sufrimiento fetal agudo ☐

Cesareada anterior ☐

Preclampsia/Eclampsia ☐

ICP ☐

Distocia de la presentación ☐ Otro _____

7. Tipo de Cesárea:

Cesárea Electiva ☐

Cesárea de Emergencia ☐

11.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDADES O CATEGORÍAS	INDICADOR
PERIODO DE ADOLESCENCIA	Clasificación de la adolescencia considerando la edad cronológica que posee.	Cualitativa	Nominal	Temprana (menor o igual a 14 años) Tardía (entre 15 y 19 años)	Fecha de nacimiento
GRADO DE INSTRUCCIÓN	La Instrucción es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido.	Cualitativa	Nominal	Primaria (incompleto o completo) Secundaria (incompleto o completo) Técnico (incompleto o completo) Superior (incompleto o completo)	Hoja de afiliación
ESTADO CIVIL	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente	Hoja de afiliación
GESTA	Número de gestaciones (incluye actual)	Cualitativa	Nominal	Primigesta Segundigesta Multigesta	Fórmula obstétrica
Nº DE ATENCIÓN PRENATAL	Atención prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal	Cuantitativa	Razón	0 Menor de 6 Mayor o igual a 6	Tarjeta de control prenatal
INDICACIÓN DE CESÁREA	Razón por la cual el parto vaginal no es posible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal.	Cualitativa	Nominal	SFA Preeclampsia /Eclampsia Distocia de presentación Cesareada Anterior ICP, Otro	Diagnóstico de la parturienta.
TIPO DE CESÁREA: SEGÚN GRADO DE URGENCIA	Momento en el que se decide realizar la cesárea, sea mediante alguna programación o el bienestar materno fetal (SFA, PES, DPP, etc.)	Cualitativa	Nominal	Electiva Emergencia	Epicrisis

